

Правительство Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования  
“Санкт-Петербургский государственный Университет”  
(СПбГУ)  
Институт наук о Земле  
Кафедра региональной политики и политической географии

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**Факторы возникновения и распространения инвалидности  
в Санкт-Петербурге и Ленинградской области:  
отраслевой и региональный аспекты**

Выполнил студент IV курса  
по направлению 021000 «География»  
Божков Николай Игоревич.

«    «\_\_\_\_\_ 2017 г.

Научный руководитель:  
д.г.н, профессор  
Чистобаев Анатолий Иванович.

«    «\_\_\_\_\_ 2017 г.

Заведующий кафедрой:  
к.г.н, доцент  
Каледин Николай Владимирович.

«    «\_\_\_\_\_ 2017 г.

Санкт-Петербург  
2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Категории инвалидности в интерпретации географической науки	7
1.1. Понятие инвалидности	7
1.2. Причины возникновения инвалидности и ее классификация	9
1.2.1. Причины инвалидности	10
1.2.2. Классификация групп инвалидности.	11
1.3 Методы исследования инвалидности	14
Глава 2. Факторы возникновения и распространения инвалидности на федеральном и региональном уровнях	17
2.1. Сравнительный анализ показателей инвалидности на федеральном и региональном уровнях	17
2.2. Отраслевые факторы возникновения и распространения инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.	27
2.3. Региональные факторы возникновения и распространения инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.	36
Глава 3. Пути снижения уровня инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области с учетом мировых и региональных тенденций	43
3.1. Оценка опыта решения проблем инвалидов в некоторых странах мира	43
3.2. Программный подход к решению проблем инвалидности	46
3.3 Обоснование предложений по снижению уровня инвалидности в исследуемых регионах	48
Заключение	52
Список литературы	54
Приложение 1	56
Приложение 2	58

## Введение

Актуальность. Основными индикаторами, здоровья населения и нации в целом выступают демографическая ситуация, заболеваемость и инвалидность. Именно эти показатели находятся под контролем государств и правительств – как в России, так и за ее пределами. Необходимость комплексного анализа факторов развития и распространенности инвалидности обусловлена существенной долей инвалидов в общей численности населения России, которая составляет 8,35% (12,25 млн. из 146,8 млн. человек) [22]. Ситуация с инвалидностью населения, как в целом по Российской Федерации, так и в большинстве регионов страны, характеризуется её довольно высоким уровнем в различных возрастных группах, что негативно отражается на состоянии здоровья и является следствием сложившейся социально-экономической ситуации [3].

Актуальность проблемы изучения структуры и распространенности инвалидности определяется не только значительным ростом показателей заболеваемости и инвалидизации населения, особенно трудоспособного, наиболее экономически и творчески активного возраста, но и недостаточным вниманием к поиску факторов, влияющих на данные негативные тенденции. Вследствие формирования в последнее десятилетие негативной динамики показателей общественного здоровья населения в результате падения общего уровня жизни, роста социальной напряженности и расслоения общества инвалиды становятся одной из наиболее социально уязвимых групп населения, а их здоровье – предметом специального рассмотрения, содержанием многих правовых документов, постановлений, программ и рекомендаций международных и государственных органов и общественных организаций.

Здравоохранение в России является прерогативой федерального, регионального, муниципального уровней управления, требует продуманной стратегии и политики с четкими целями, задачами, формами и методами управления [11]. В научном обосновании стратегических документов

участвуют многие науки, в том числе общественная география. На долю последней приходится выявление факторов, воздействующих на возникновение и распределение феномена инвалидности в условиях среды обитания населения. Этот аспект исследован в данной работе на примере Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Структура и уровень распространенности инвалидности на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области, как и любого другого региона – определяются интегральным влиянием условий проживания. Анализ медико-социальных проблем, связанных с региональной распространенностью инвалидности, позволит преодолеть межведомственную разобщенность, в результате чего может быть повышена эффективность профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на интеграцию инвалидов в современное общество.

Таким образом, исследование феномена инвалидности в пространственно-временном аспекте является актуальной задачей. Её решение сопряжено с выявлением корреляционной зависимости с условиями проживания и деятельности населения.

**Цель исследования** – выявить региональные факторы развития и определить пути снижения инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области на основе анализа данных о её структуре и распространенности.

**Задачи исследования:**

- представить инвалидность населения, как категорию общественно-географической науки;
- проанализировать причины развития и распространения инвалидности в российской федерации и ее регионах;

- выявить отраслевую и региональную специфику возникновения и распространения инвалидности в Санкт–Петербурге и Ленинградской области;
- определить пути снижения уровня общей инвалидности населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

**Объект исследования** - распространение инвалидности на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

**Предмет исследования** – причины возникновения и распространения инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области в целом.

**Источники информации:**

- статистические бюллетени Петростата и статистический экспресс-анализ Комитета по информатизации и связи СПб,
- библиографические материалы российских авторов,
- международные и российские законы и нормативные акты,
- данные из открытых Интернет-источников, посвященных изучению и освещению проблемы инвалидности.

**Методы:** статистический, аналитический, сравнительно – географический, картографический, программно-целевой, также проблема была изучена с точки зрения геосистемного подхода.

**Научная новизна работы.** В результате проведенного анализа получены данные о причинах и распространенности инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, а также определены возможные пути ее снижения с точки зрения географических подходов и методов.

**Практическая значимость.** Полученные в ходе исследования результаты можно использовать при социально-экономическом планировании доступной среды и территориальном размещении социально-значимых объектов для инвалидов государственными структурами и коммерческими организациями.

**Структура работы:** введение, три главы, заключение, два приложения.

**Объем работы:** 59 страниц текста, в том числе 12 таблиц, 22 графика, 4 карто-схемы.

## Глава 1. Категории инвалидности в интерпретации географической науки

### *1.1. Понятие инвалидности*

В настоящее время существуют различные уровни законодательства определяющие отношение общества к теме инвалидов:

1. Международное право: конвенция о правах инвалидов ООН; рекомендация к реабилитационным программам 44 сессии Парламентской Ассамблеи Совета Европы;
2. Федеральное законодательство: Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
3. Региональное законодательство

Само понятие «инвалид» встречается в правовых актах более регулярно, чем понятие «инвалидность». Связано это с тем, что одно понятие логически вытекает из другого. Так, в конвенции ООН к инвалидам - относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими [1]. Это значит, что инвалидность – это процесс, то есть сами физические, психические, интеллектуальные или сенсорные нарушения, которые могут препятствовать лицам с данными группами нарушений, эффективно участвовать в жизни общества. Однако, ранее (1992) Советом Европы был упомянут непосредственно термин «инвалидности». Он определяется как ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество [1]. Согласно этому термину можно стать инвалидом по причине закона или по причине иной культурной направленности. Однако, в ходе исследования нам не удалось найти законы, непосредственно ограничивающие инвалидов, или законы, ограничивающие права человека на

столько, чтобы он становился инвалидом. Бесспорно, критерии инвалидности устанавливаются и корректируются законодательством. Касаясь инвалидности, обусловленной культурой, вероятнее всего, имеется ввиду восприятие инвалидов другими представителями и институтами общества.

Вторая ступень законодательства отличается тем, что в законах РФ не встречается непосредственно термина «инвалидность», а употребляется только понятие «инвалид». Как было указано ранее, это обуславливается тем, что оба понятия схожи по смыслу, одно обозначает человека, а другое причины этих ограничений. Итак, согласно Федеральному закону от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 07.03.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [8]. Ограничение жизнедеятельности определено там же как полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Понятие об ограничении жизнедеятельности впервые определено в ФЗ-181, в международных документах он отсутствует.

Региональное законодательство, отвечающее за права инвалидов, полностью копирует федеральный уровень. Так в Заключении на проект закона «Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов и других маломобильных групп населения к информации, объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур в Санкт-Петербурге» по понятию «инвалид» дается следующее пояснение: «Понятие «инвалид» установлено ст.1 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и не требует дополнительного закрепления законом Санкт-Петербурга» [18].



По-видимому, с учетом географической специфики можно определить термин «инвалид» как человек, имеющий нарушения здоровья с явными расстройствами функций организма, обусловленными физическими, психологическими, интеллектуальными и иными нарушениями, в результате травм или дефектов приводящими к ограничению жизнедеятельности, для устранения которых необходимо разрабатывать специальные программы реабилитации и абилитации в рамках той географической среды (ландшафт, форма поселения), в которой он проживает.

### ***1.2. Причины возникновения инвалидности и ее классификация***

Установление инвалидности, являющееся непосредственной основой медико-социальной экспертизы, состоит из нескольких определяющих составных частей. Кратко их охарактеризуем:

1. Первым и самым главным является установление **группы инвалидности**. Существует три группы, присваиваемые в зависимости от тяжести потери здоровья, жизнедеятельности и здоровья. Если инвалидность получается детьми до 18 лет, то группа инвалидности не присваивается, для данной группы существует отдельная категория «дети-инвалиды».

2. Следующая ступень – это **степень потери трудоспособности**, она разделяется на тотальную и неполную. Очевидно, что основными причинами, по которым человеку присваивается категория инвалид, являются дефекты, травмы или заболевания, которые в свою очередь могут быть врожденными или приобретенными.

3. Заключительным пунктом медико-социальной экспертизы является **длительность действия установленной инвалидности**. Срок действия инвалидности зависит от обратимости причины

инвалидности, которая может быть бессрочной или ограниченной по времени.

Врожденные дефекты и заболевания, в основном наблюдаются у детей-инвалидов до 18 лет, старше 18 – у категории «инвалид с детства». Эта категория является продолжением категории «дети-инвалиды», которая потеряла свою силу в связи с достижением человеком возраста совершеннолетия. Эти категории в большинстве случаев даются бессрочно и освобождаются от переосвидетельствования комиссией медико-социальной экспертизы (МСЭ).

### 1.2.1. Причины инвалидности

Согласно Постановлению Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», выделены разные причины инвалидности (Приложение 1).

Анализируя приведенные сведения, мы пришли к выводу о том, что все причины инвалидности возможно разделить на несколько основных групп. Остановимся на этом вопросе подробнее.

«Общее заболевание» является комплексной причиной, состоящей из большого количества уточняющих поводов. Это могут быть различные травмы, острые и хронические заболевания, вследствие которых жизнедеятельность и способность человека к труду ограничиваются. Если по результатам МСЭ установлено, что инвалидность наступила в результате профессиональной деятельности, то причинами в большинстве случаев являются: работа в неблагоприятных условиях; работа с опасными материалами и веществами (наиболее вероятным поводом для установления инвалидности является интоксикация); получение травм и увечий, из за которых жизнедеятельность и способность к труду человека ограничиваются, из за чего человек становится инвалидом.

Инвалидность, полученная во время несения воинской службы, преимущественно связана с получением травм различной степени тяжести,

но случаи с получением заболеваний также не редки. При получении инвалидности по данной категории причин необходимым уточнением является обстоятельство возникшей причины, то есть получена она во время непосредственного несения службы или во время ее прохождения.

Особым случаем возникновения инвалидности являются заболевания, полученные в результате облучения радиацией. В данной ситуации комиссия МСЭ устанавливает:

- причину заболевания, которых может быть две: 1) воздействие радиации; 2) радиационное облучение связано с нейтрализацией последствий аварий на Чернобыльской АЭС или на производственном объединении «Маяк»);
- статус человека, проходящего обследование (гражданское это лицо или бывший военнослужащий), что является принципиальным вопросом, так как от этого зависит размер пенсионного обеспечения.

Необходимо отметить, что если причин несколько, то либо выбор производится самим обследуемым, либо выбирается причина, по которой предоставляется большее количество льгот. Категория «детей-инвалидов» будет рассмотрена далее.

### 1.2.2. Классификация групп инвалидности.

Первая группа инвалидности устанавливается человеку с таким состоянием здоровья, при котором ему необходима постоянная опека, так как он не способен к самостоятельному уходу за собой. Гражданам присваивается первая группа инвалидности при: а) устойчивых функциональных нарушениях; б) бессрочной или временной неспособности к самообслуживанию.

Вторая группа инвалидности является более легкой по сравнению с первой и дается при наличии явных отклонений в функционировании органов, по причине чего человек становится нетрудоспособным, но при

этом нет необходимости в уходе за инвалидом, в редких случаях возможно осуществление трудовой деятельности в особых условиях.

Гражданам предоставляется вторая группа инвалидности, в ситуации если: во-первых, человек потерял способность к труду по причине явных расстройств функций организма, но не требует постоянного ухода других лиц; во-вторых, существует вероятность того, что существующее заболевание начнет прогрессировать, вследствие чего устанавливается противопоказание к труду на долгое время; в-третьих, разрешено заниматься трудовой деятельностью, но при условии, что труд должен быть максимально облегчен.

Умеренное падение трудоспособности, связанное с заболеваниями, являющимися хроническими или долгосрочными, а также вызванное результатом травмирования организма, является основным фактором предоставления третьей группы инвалидности.

Предоставление гражданам 3-й группы инвалидности осуществляется в следующих случаях: 1) если человек больше не может выполнять свои должностные и профессиональные обязанности, в связи с чем, ему необходимо перейти на другую должность или на иное место труда, вероятней всего с меньшей квалификацией; 2) если человек по состоянию здоровья больше не может выполнять тот объем работы, который он выполнял до получения статуса инвалид, то ему рекомендуется колоссально уменьшить рабочее время, либо уменьшить количество обязанностей; 3) при явно выраженных расстройствах функций организма у людей с отсутствием трудового стажа или низкой квалификации, если они не могут устроиться на работу по состоянию здоровья.

Категория «ребенок-инвалид» предоставляется в случае несовершеннолетнего возраста инвалида, при явных ограничениях здоровья и жизнедеятельности по причине болезней и травм, а также неспособных полноценно обучаться, концентрировать внимание, контролировать собственное поведение.

Для данной категории МСЭ отдельно прописываются все необходимые для снижения ограничения жизнедеятельности механизмы и рекомендации: рекомендует программу обучения, место пребывания и содержания ребенка; организывает, путем создания аукционов и конкурсов, обеспечение технических средств реабилитации; разрабатывает индивидуальную программу реабилитации

Для обучения таких детей, вне зависимости от местонахождения ребенка, то есть находится ли он на содержании дома или содержится в специализированном учреждении, всегда задействованы педагоги-дефектологи, которые, опираясь на сохраненные функции организма, готовят ребенка к учебе, а также обучают необходимым навыкам.

Помимо группы инвалидности МСЭ присваивает определенную степень трудоспособности. Всего их три:

1. Первая степень трудоспособности – в большинстве случаев соответствует 3 группе инвалидности и предполагает под собой осуществление деятельности с небольшими нагрузками, а также подразумевает снижение уровня квалификации.

2. Вторая степень трудоспособности – в основном соответствует 2 группе инвалидности. Возможен труд с максимальными ограничениями, а также с задействованием вспомогательных средств.

3. Третья степень трудоспособности – запрещает осуществление трудовой деятельности в любых ее проявлениях.

В наше время инвалидность не является приговором для человека, ведь существует большое количество различных проектов, направленных на решение проблем данной, весьма многочисленной, категории населения. Одной из них является программа «Доступная среда». Люди постепенно приходят к тому, что необходимо постоянно стремиться помогать человеку с ограниченными возможностями. Сейчас инвалидам в нашей стране предоставляется целый перечень льгот для улучшения их качества жизни:

выплаты пенсий на срок действия статуса инвалид; предоставление бесплатного санитарно-курортного лечения; квоты на различные виды специализированных процедур; для трудоспособных инвалидов сокращение продолжительности рабочего дня; предоставление технических средств реабилитации. И это далеко не полный перечень всех льгот, предоставляемых этой категории граждан в нашей стране.

### ***1.3 Методы исследования инвалидности***

Проблему инвалидности как социального явления можно изучать с точки зрения различных теоретических подходов. Но хотелось бы отметить, что инвалидность в данной работе рассматривается не только как социальное явление и изучается с помощью теоретических подходов, феномен инвалидности необходимо рассмотреть с точки зрения географической науки, что переводит ее из исключительно социальной проблемы в проблему общественно-географическую. Игнорирование процесса познания, опора только на интуицию чревата самыми отрицательными последствиями в осуществлении намечаемых мероприятий по развитию исследуемой сферы деятельности людей, общества[6]

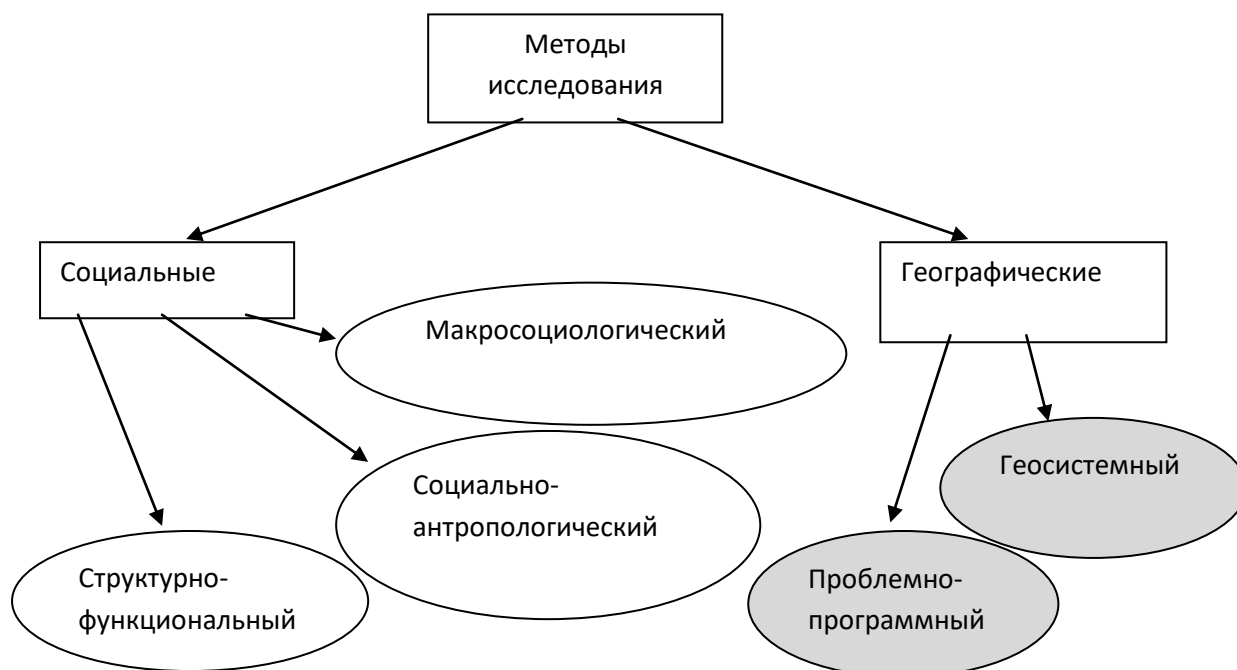


Рис. 1. Методы изучения инвалидности

В первую очередь, необходимо рассмотреть социальные подходы (рис.1), первым из них будет структурно-функциональный подход Т. Парсонса, по мнению которого, существует яркая диспропорция властных полномочий во взаимоотношениях врач-пациент. В данной ситуации врач заведомо находится в господствующем положении по отношению к пациенту, который, в свою очередь, абсолютно законно освобожден от социальных обязанностей и пассивно ждет вердикта со стороны врача. Необходимо обратить внимание на термин **«социальные обязанности»** - набор способов и приемов социального взаимодействия, которыми человек овладевает на протяжении жизненного пути и пользуется для жизни в обществе, устанавливает свое равновесие с другими [10].

Т. Парсонс считал, что болезнь по своему генезису является исключительно социальным феноменом. В этой связи он различал заболевание как неблагополучное физическое состояние организма и как социальный статус, приписываемый инвалиду на основе допущения, что оно действительно имеет место [5]. В свою очередь, статус имеет необратимые последствия как для человека, так и для социальной группы, в которой он находится, а в глобальном значении и для всего общества.

В рамках социально-антропологического подхода (Э. Дюркгейм) в отношении инвалидизации исследовались стандартизированные и институциональные формы социальных отношений (социальная норма и девиация), социальные институты, механизмы социального контроля. По мнению Э. Дюркгейма, в настоящее время в обществе сложно разделить явления на нормальные и ненормальные, хорошие и плохие. Подобное разделение возможно исключительно в том случае, если известны все обстоятельства сложившейся социальной ситуации [5].

Макросоциологический подход к изучению проблем инвалидности включает социально-экологическую теорию У. Бронфенбреннера [5].

Проблемы инвалидности рассматриваются автором в контексте понятий: макросистема, экзосистема, мезосистема, микросистема. Что значит, соответственно, политические, экономические и правовые позиции, господствующие в обществе; общественные институты, органы власти; взаимоотношения между различными жизненными областями; непосредственное окружение индивида [5].

Второй веткой методологии в вопросах изучения инвалидности является общественно-географические подходы. На рис. 1 выделены два метода - геосистемный и проблемно-программный, которые, по-видимому, могли бы помочь в комплексном анализе феномена инвалидности и поиске путей снижения ее уровня и решения проблем инвалидов.

Надо отметить, что проблемно-программный подход, в становлении которого значительный вклад внесли географы (Четыркин, Чистобаев и др. 2015), давно используется государством в попытке стирания границ между инвалидами и обществом. В настоящее время он является основой программного планирования в нашей стране. Главной программой, направленной непосредственно на проблему инвалидности, является программа «Доступная среда».

В противоположность проблемно-программному подходу, геосистемный подход абсолютно не распространен в изучаемой области исследований. Однако, по нашему мнению, он является более универсальным, и может рассматривать феномен инвалидности в рамках его взаимодействия со всеми социальными и прочими институтами. Кроме того, данный подход показывает связь экономических показателей с показателями инвалидности, показателей промышленности с показателями травматизма или же, например, возможно рассмотреть, что дотации на одного инвалида могут изменяться в зависимости от среды его обитания. Связано это с тем, что геосистемный подход рассматривает любое явление с точки зрения влияния на него всех возможных факторов.



## Глава 2. Факторы возникновения и распространения инвалидности на федеральном и региональном уровнях

### 2.1. Сравнительный анализ показателей инвалидности на федеральном и региональном уровнях

Чтобы начать анализировать показатели инвалидности, необходимо понять половозрастную структуру инвалидов в России, так как это является важным аспектом распределения трудовых ресурсов.

Табл. 1 Половозрастная структура населения с инвалидностью

<i>Возраст</i>	<i>мужчины,</i> тыс.чел	<i>женщины,</i> тыс.чел
0-7	121	96
8-17	226	169
18-30	333	239
31-59 (мужчины) 31-54 (женщины)	2016	1153
старше трудоспособного возраста	2633	5552

Составлен автором по материалам [22]

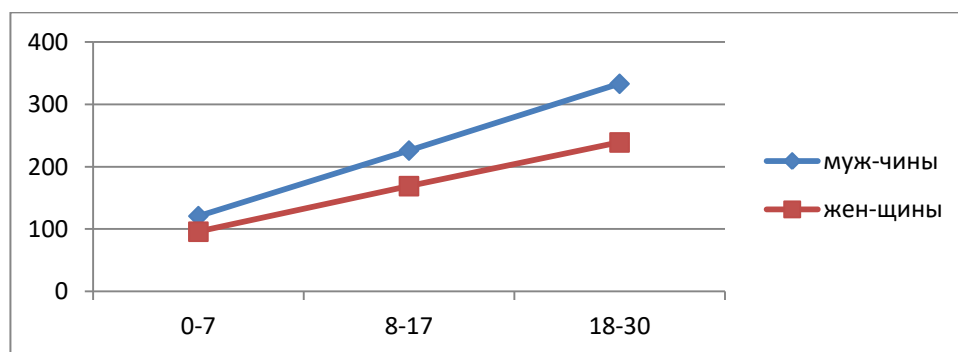


Рис. 2. Половозрастная структура населения в возрасте от 0 до 30 лет

Составлен автором по материалам [22]

Как можно увидеть из табл. 1 и рис. 2, в возрасте до 30 лет наблюдается выраженное преобладание инвалидов-мужчин, связано это в первую очередь с большим количеством рисков инвалидизации у мужской части населения, по сравнению с женской. К этим рискам относятся:

- алкоголизм, наркомания
- возможность травматизма на производстве
- социальные угрозы
- военная служба

И это далеко не полный перечень рисков, которые могут повлечь за собой инвалидность. Преобладание мальчиков в структуре детской инвалидности объясняется тем, что в среднем на 100 девочек приходится 105 мальчиков.

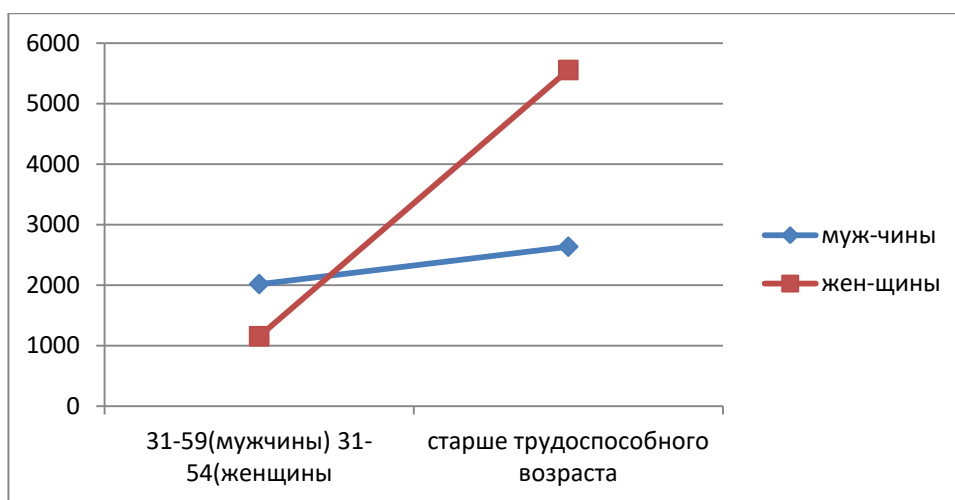


Рис. 3. Половозрастная структура населения в возрасте от 30 лет

Составлен автором по материалам [22]

Как мы видим на рис.3, в трудоспособном возрасте (после 30 лет) мужчин инвалидов остается больше, связано это, как я уже говорил с рисками, но вот после достижения пенсионного возраста можно увидеть практически двукратное увеличение количества женщин-инвалидов. Стоит заметить, что женщин-инвалидов старше трудоспособного возраста больше, чем мужчин-инвалидов. Связано это с большей продолжительностью жизни, так у мужчин она составляет 66 лет, а у женщин 76, также необходимо

отметить, что пенсионный возраст у мужчин и женщин отличается на 5 лет, 60 и 55 лет соответственно.

Следующим этапом будет анализ распределения инвалидов по группам инвалидности. Необходимость данного раздела определяется тем, что от группы инвалидности зависит размер социального обеспечения, а соответственно и расходы бюджета. Согласно Федеральному закону от 15.12.2001 N 166-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) (статья 18) - Социальная пенсия нетрудоспособным гражданам назначается в следующем размере[7]:

- инвалидам II группы (за исключением инвалидов с детства) - 3 626 рублей 71 копейка в месяц;
- инвалидам с детства I группы и детям-инвалидам - 8 704 рубля в месяц;
- инвалидам I группы, инвалидам с детства II группы - 7 253 рубля 43 копейки в месяц;
- инвалидам III группы - 3 082 рубля 71 копейка в месяц.

Распределение инвалидов по группам инвалидности в динамике за последние 6 лет представлено в табл. 2 и Рис. 4.

Табл. 2. Численность инвалидов по группам в период 2011 – 2016 гг.

<b>Группы инвалидности</b>	<b>количество человек, тыс.</b>					
	<b>2011г.</b>	<b>2012г.</b>	<b>2013г.</b>	<b>2014г.</b>	<b>2015г.</b>	<b>2016г.</b>
I группа	1540	1515	1496	1451	1355	1283
II группа	7306	7076	6833	6595	6472	6250
III группа	3822	4038	4185	4320	4492	4601
дети-инвалиды	541	560	568	580	605	617
Всего инвалидов	13209	13189	13082	12946	12924	12751

Составлен автором по материалам [22]

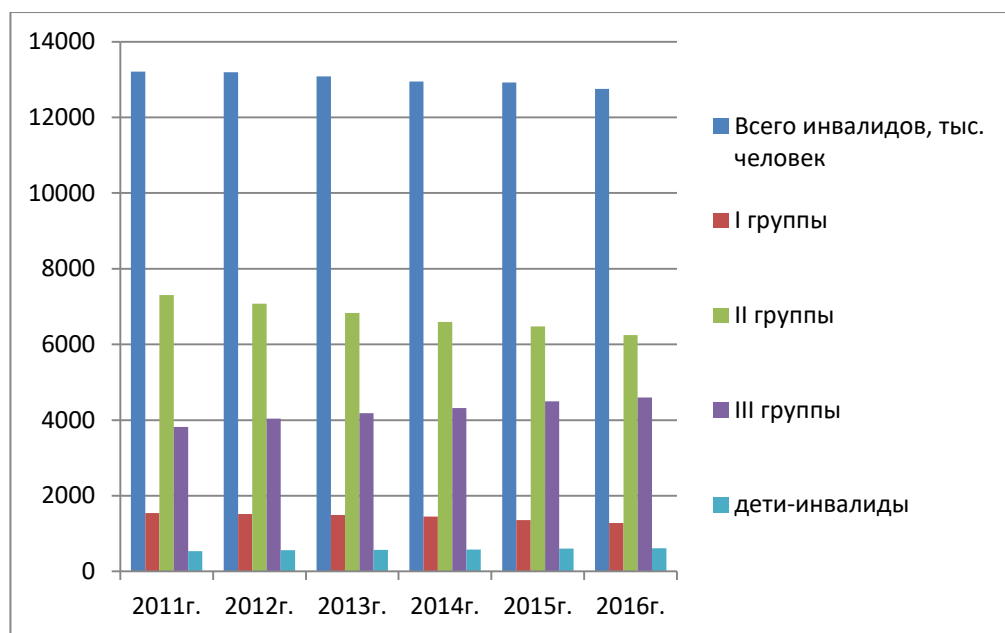


Рис. 4. Распределение инвалидов по группам (тыс. чел).

Составлен автором по материалам [22]

Как мы видим, наблюдается тенденция к снижению численности инвалидов, что связано, в первую очередь, с ужесточением критериев МСЭ, то есть становится сложнее получить инвалидность.

Среди населения старше 18 лет I группа инвалидности является самой тяжелой и самой малочисленной. Как видно из рис. 5, с 2011 по 2016 год наблюдается постоянное сокращение числа инвалидов данной группы.

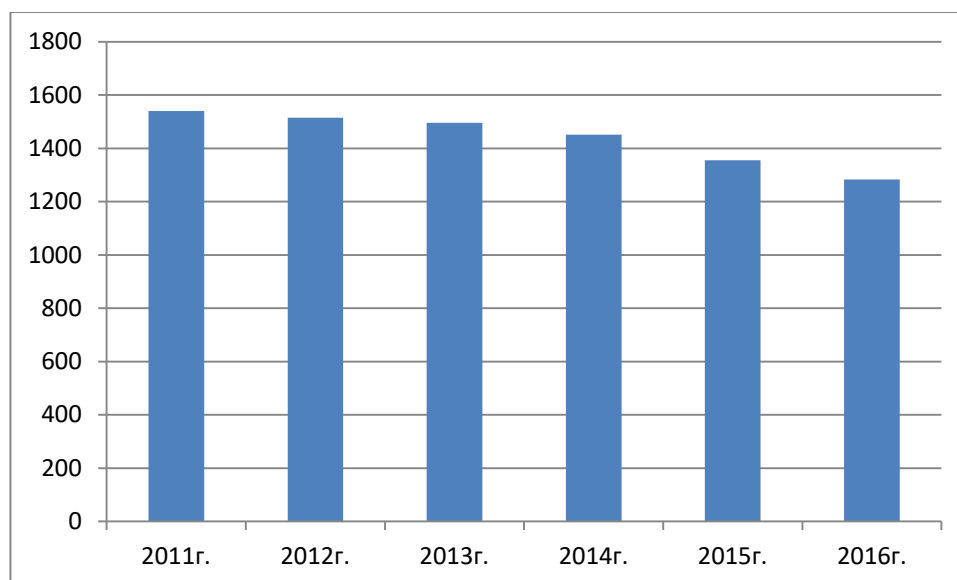


Рис. 5. Динамика численности инвалидов I группы (тыс. чел) старше 18 лет.

Составлен автором по материалам [22]

II группа является менее отягощающей для человека, поскольку в ряде случаев инвалид может осуществлять трудовую деятельность. Как видно из рис. 6, с 2011 года сокращение численности инвалидов этой группы составило около 1,1 млн. человек (рис.6). Сокращение численности инвалидов наиболее тяжелых групп инвалидности, в значительной степени связано с ужесточением правил и критериев МСЭ, в результате чего человеку не подтверждали более тяжелую группу и переводили его в более легкие. При уменьшении числа инвалидов I и II уменьшается финансовые затраты на льготные категории населения, а в связи со сложившейся экономической ситуацией экономия является приоритетом для правительства и, к сожалению, в первую очередь страдает здравоохранение и социальная сфера.

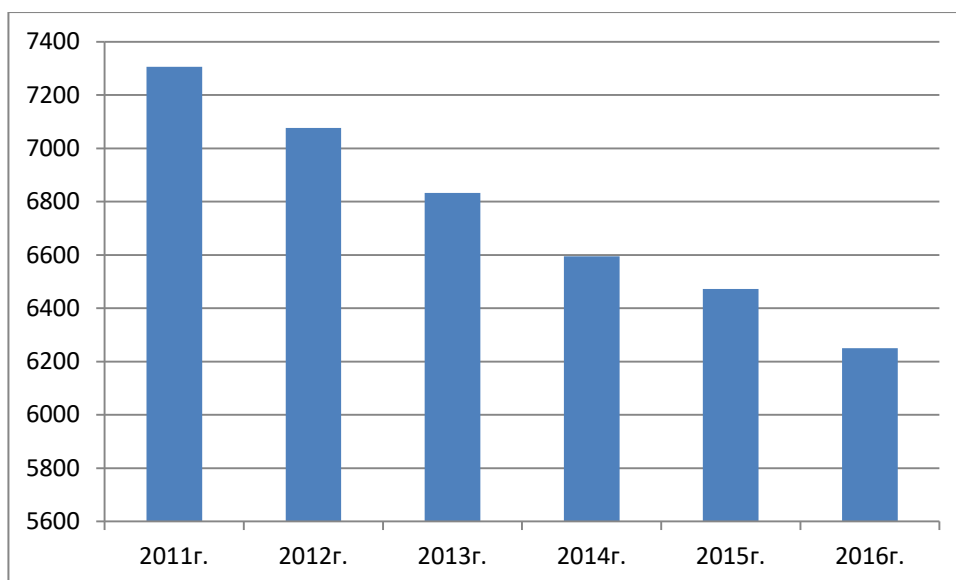


Рис. 6. Динамика численности инвалидов II группы (тыс. чел) старше 18 лет.

Составлен автором по материалам [22]

III группа, позволяющая осуществлять трудовую деятельность, с точки зрения финансов наименее обременительна для бюджета. И, как показано на рис. 7, численность этой группы возрастает все последние 6 лет и на фоне сокращения общего числа инвалидов практически на 1 млн. человек, эта численность инвалидов III группы с 2011 года увеличилась на 572 тыс. человек.

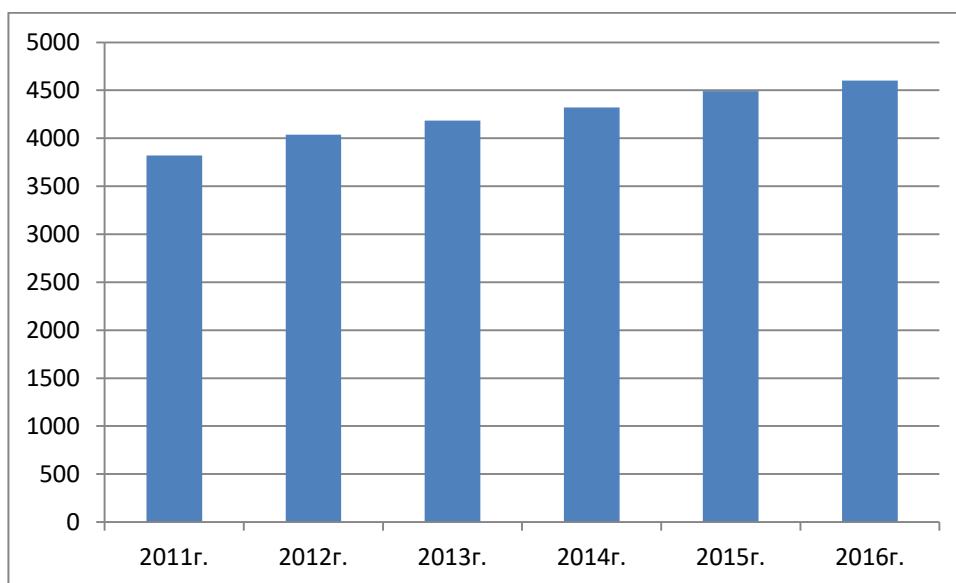


Рис. 7. Динамика численности инвалидов III группы (тыс. чел) старше 18 лет

Составлен автором по материалам [22]

Дети-инвалиды наиболее сложная для общества группа населения. Необходимо отметить, что наблюдающийся значительный рост данной группы (рис.8) может быть связан только с одним, с увеличением числа родившихся детей-инвалидов, так как у детей нет таких рисков как у взрослых для получения травм и увечий в процессе жизнедеятельности, которые могут повлечь за собой присвоение статуса инвалид. Увеличение числа родившихся детей-инвалидов связано не только с экологическими проблемами и ухудшением здоровья женщин детородного возраста, но и с улучшением оказания медицинской помощи беременным женщинам и недоношенным детям, которые бы ранее могли погибнуть.

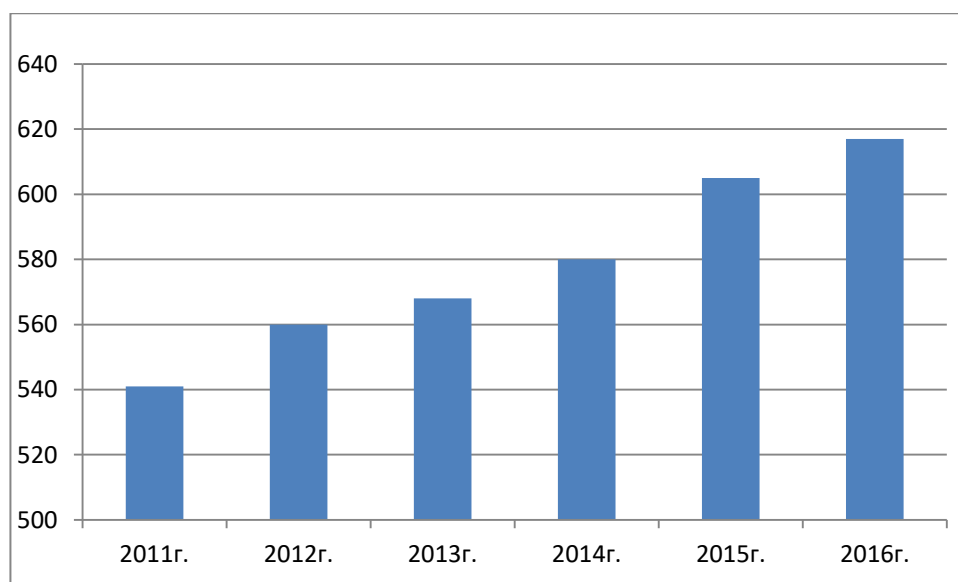


Рис. 8. Динамика численности детей-инвалидов, (тыс. чел)

Составлен автором по материалам [22]

Из табл. 3 и рис. 9, видно, что наихудшее качество жизни в Восточно-Сибирском и Дальневосточном экономических районах, соответственно и % детей инвалидов от общей численности населения в этих экономических районах будет выше, чем среднероссийский показатель. При прочих равных, большая доля детей-инвалидов наблюдается в Северо-Кавказском экономическом районе, что объясняется низким уровнем медицинской квалификации сотрудников специализированных учреждений, но главным фактором является то, что население не привыкло обращаться за

медицинской помощью, т.к. население расположено в труднодоступных районах и добираться до районных центров нет возможности.

Табл. 3. Параметры интегральной оценки качества жизни населения России по критериям экологической безопасности и социального развития [2]

Экономические районы России	Рейтинг здоровья населения (смерт- ность)	Рейтинг экологи- ческой напря- женности	Рейтинг уровня развития челове- ческого потенциа- ла (ИЧР)	Рейтинг комфорт- ности природ- ных условий	Интегральный рейтинг качества жизни населения	
	I	II	III	IV	I + II + III + IV	класс качества*)
Северный	8,5	5	2	9,5	25	<b>3</b>
Северо-Западный	10	8,5	8,5	6	33	<b>4</b>
Центральный	7	12	8,5	4	31,5	<b>4</b>
Волго-Вятский	4	8,5	5,5	6	24	<b>2</b>
Центрально- Черноземный	2	8,5	2	2,5	15	<b>1</b>
Поволжский	2	11	4	6	23	<b>2</b>
Северо-Кавказский	2	5	7	1	15	<b>1</b>
Уральский	8,5	8,5	2	8	27	<b>3</b>
Западно-Сибирский	5,5	3	5,5	9,5	23,5	<b>2</b>
Восточно- Сибирский	11,5	1,5	11,5	11,5	36	<b>5</b>
Дальневосточный	11,5	1,5	10	11,5	34,5	<b>5</b>
Калининградская область	5,5	5	11,5	2,5	24,5	<b>2</b>



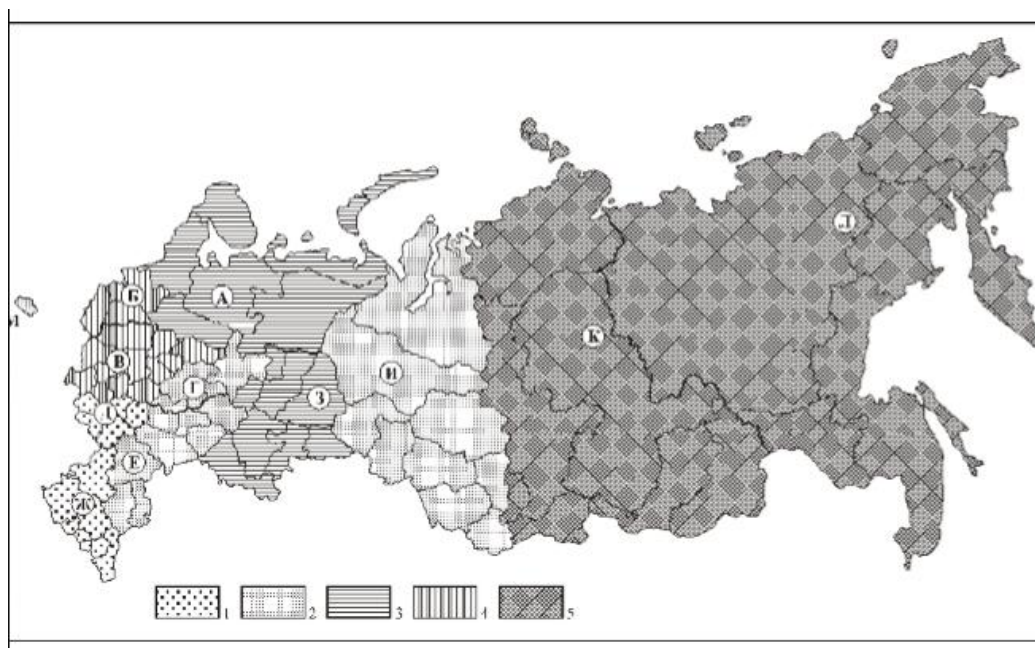


Рис. 9. Типизация регионов России по интегральному критерию экологической безопасности и социального развития [2]

Говоря об инвалидности необходимо отметить, что инвалидность дается, на основании какой-либо болезни, и существуют показатели первичной инвалидности. В данной сфере происходит стабильный спад, это можно увидеть на Рис. 10.

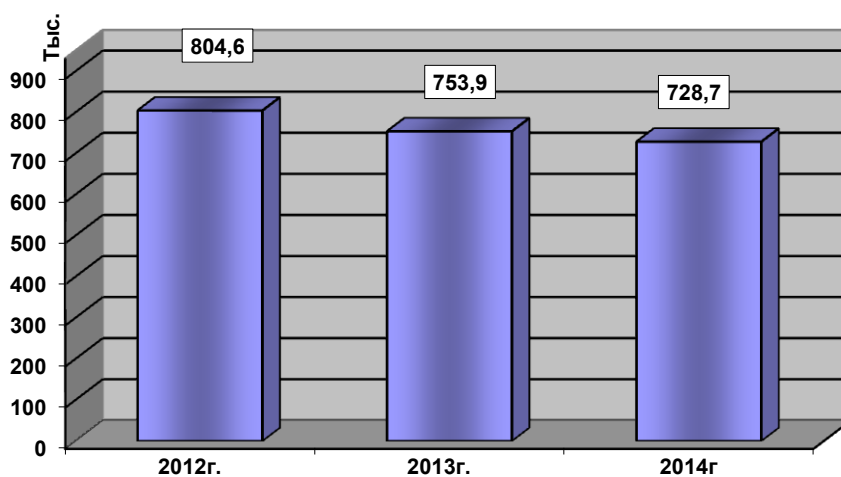


Рис. 10. Число впервые признанных инвалидами в Российской Федерации в 2012-2014гг. (в тыс. человек) [23]

Как мы помним, общее число инвалидов сокращается ежегодно в среднем на 150 000 человек, при этом ежегодно инвалидами впервые в жизни признается более 700 тысяч человек, подобная статистика говорит о том, что ежегодно статус инвалида теряют более чем 850 тысяч человек, это позволяет сделать вывод о том, что инвалидность является обратимым явлением, но все таки не стоит забывать и об ужесточении правил МСЭ.

Основными группами болезней, по которым присваивают статус инвалида, являются:

1. Болезни системы кровообращения – 33,4%
2. Злокачественные новообразования – 26,4%
3. Болезни костно-мышечной системы – 9,9%
- На другие болезни приходится около 30%

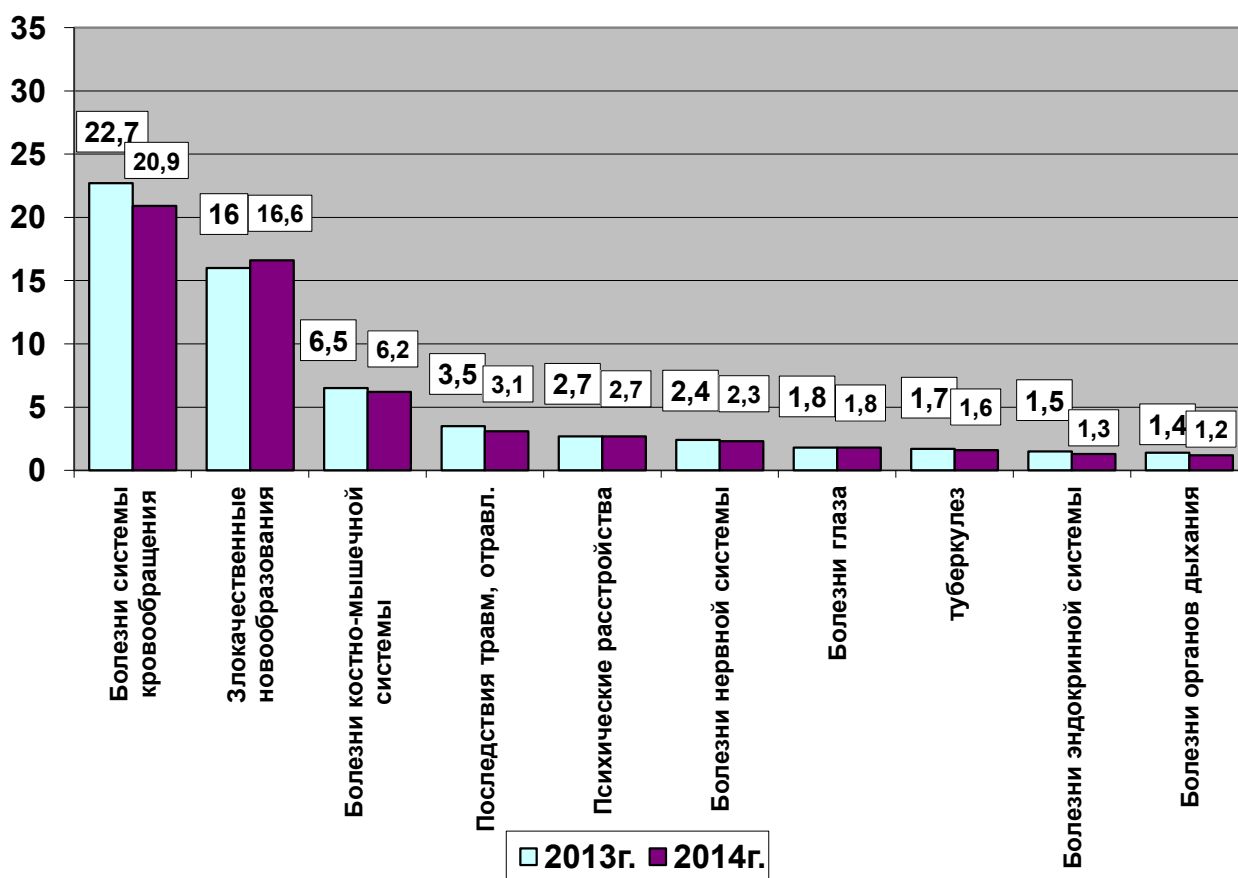


Рис. 11. Уровень первичной инвалидности по классам болезней в Российской Федерации (на 10 тыс. взрослого населения в 2013-2014гг.) [23]

В региональном разрезе в уровне первичной инвалидности на 10 тыс. чел. Первые места занимают следующие субъекты:

1. Чеченская республика(103.5)
2. Курская область(97.9)
3. Ивановская область(89.8)
4. Республика Карелия(88.9)
5. Курганская область(88.4)

Наименьшее число впервые зарегистрированных случаев наблюдается в:

- ЯМАО(28.7)
- Мурманской области(35.9)
- ХМАО(37.7)

Таким образом, основными причинами инвалидизации населения являются заболевания по 3 классам болезней, соответственно снижение инвалидности в целом возможно за счет усовершенствования системы выявления и профилактики болезней именно в этих областях.

## ***2.2. Отраслевые факторы возникновения и распространения инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.***

В этом пункте будут проанализированы возможные факторы ухудшения здоровья работающих граждан, которые впоследствии могут привести к инвалидности. В Санкт-Петербурге и Ленинградской области прослеживается явное ухудшение здоровья населения, согласно статистике количество случаев заболеваний в 2014 году, превысило, по сравнению с 2012, на 120 тыс. случаев, что может говорить об увеличении уровня профессиональной заболеваемости, о возросшем уровне риска для здоровья, связанного с экологией, экономической ситуацией в стране (снижение потребления мяса и овощей) и другими факторами. Данная ситуация прослеживается не только в приведенных выше субъектах, но и в целом по стране.

С другой стороны, необходимо отметить снижение травматизма на производстве, связано это с внедрением новых технологий на производствах, улучшением контроля над охраной труда, все это способствует снижению риска получения тяжелых профессиональных заболеваний. Наиболее частыми, регистрируемыми профессиональными заболеваниями являются заболевания, возникшие в результате профессиональных и возрастных факторов, в большинстве случаев это наблюдается у людей со стажем более 15-20 лет. Так при работе в пыльных помещениях у людей развивается эмфизема легких или, например, при долгой работе в одной позе может появиться остеохондроз, или при долгой работе на компьютере начинает ухудшаться зрение, что очень актуально ввиду большого количества офисных работников, по крайней мере, в Санкт-Петербурге.

Так, согласно Федеральному закону от 28.12.2013 N 426-ФЗ (ред. от 01.05.2016) «О специальной оценке условий труда» в России существуют классы условий труда по степени вредности и опасности (Приложение 2).

Теперь необходимо перейти непосредственно к показателям травматизма в Санкт-Петербурге (СПБ) и Ленинградской области (ЛО). Остановимся на СПБ, данные по показателям производственного травматизма СПБ можно увидеть в табл. 4.

Табл. 4. Основные показатели производственного травматизма в СПБ.

Показатели	2012	2013	2014
Число пострадавших на производстве с утратой трудоспособности на 1 рабочий день и более и со смертельным исходом, человек:			
всего	1334	1198	1093
на 1000 работающих	1,6	1,5	1,3
В том числе со смертельным исходом, человек:			
всего	36	27	28
на 1000 работающих	0,044	0,034	0,034

Динамика числа пострадавших и пострадавших со смертельным исходом на производстве в расчете на 1000 работающих

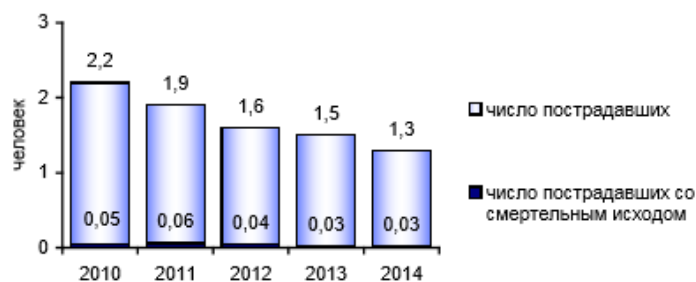


Рис. 12. Динамика числа пострадавших и пострадавших со смертельным исходом в расчете на 1000 человек в СПб [16]

Как можно увидеть из рис. 12, произошел качественный скачок, наблюдается устойчивая динамика снижения случаев травматизма и в первую очередь травматизма со смертельным исходом, что может говорить об улучшении контроля над охраной труда, а также об улучшении технологии производства.

Теперь необходимо рассмотреть закономерности появления травматизма по отраслям. В СПб наибольшее число случаев приходится на следующие отрасли (рис.13):

- Обрабатывающая промышленность (37%)
- Транспорт и связь (20%)
- Здравоохранение (12%)
- Строительство (12%)

Распределение пострадавших по видам экономической деятельности, %



Рис. 13. Распределение пострадавших по видам экономической деятельности в СПб [16]

На эти отрасли приходится 81% всех пострадавших, что говорит о необходимости улучшения контроля именно над этими отраслями, необходимо увеличить количество проверок в организациях связанных с этими видами экономической деятельности с целью уменьшить риски возникновения несчастных случаев.

Табл. 5. Показатели производственного травматизма по районам СПб [16]

	Число пострадавших на производстве, человек		в том числе со смертельным исходом, человек	
	всего	на 1000 работающих	всего	на 1000 работающих
Адмиралтейский	101	1,3	2	0,025
Василеостровский	84	1,7	2	0,039
Выборгский	100	1,1	4	0,044
Калининский	81	1,2	2	0,030
Кировский	102	2,1	3	0,061
Колпинский	64	2,2	1	0,034
Красногвардейский	37	1,0	1	0,027
Красносельский	46	2,1	1	0,046
Кронштадтский	5	1,5	–	–
Курортный	13	1,0	–	–
Московский	93	1,2	4	0,050
Невский	56	1,3	1	0,023
Петроградский	58	1,2	–	–
Петродворцовый	25	1,7	1	0,069
Приморский	38	0,9	1	0,023
Пушкинский	42	2,7	1	0,064
Фрунзенский	29	1,5	–	–
Центральный	119	1,0	4	0,034

По данным табл. 5 можно сделать вывод, что в СПб есть 5 основных районов с наивысшими показателями производственного травматизма:

- Центральный(119)
- Кировский(102)
- Адмиралтейский(101)
- Выборгский(100)

- Московский(93)

Эти районы можно разделить на условные группы:

1. Характеризуется высокой концентрацией рабочих мест (Центральный, Адмиралтейский)
2. Районы с активной «новой» застройкой, а также с крупными площадями занятыми промышленно-складскими зонами (Выборгский, Московский, Кировский)

Анализ выделения средств на мероприятия по охране труда показал, что их структура в целом соответствует структуре травматизма по отраслям. Это говорит о грамотности целевого распределения средств на мероприятия по охране труда. Всего на эти мероприятия выделяется 6272,3 млн.рублей, в пересчете на одного человека было выделено 7623 рубля (табл. 6).

Табл. 6. Распределение средств на мероприятия по охране труда по наиболее «травматичным» отраслям СПб.

Доля отрасли в структуре травматизма	Средства, выделенные на мероприятия по охране труда (млн. руб)	Средства, выделенные на 1 человека (руб)
Обрабатывающая промышленность(37%)	2320,9	10643
Транспорт и связь(20%)	1108,3	7741
Здравоохранение(12%)	1047,4	7615
Строительство(12%)	595,2	7885
Всего: 81%	Всего: 5071,8 (80, 9%)	В среднем: 8471

Составлен автором по материалам [16]

Что касается распределения финансовых потоков относительно территории города, то здесь наблюдается аналогичная закономерность – на 5 районов города тратится 58% средств на мероприятия по охране труда (табл. 7).

Табл. 7 Распределение средств на мероприятия по охране труда по наиболее «травматичным» районам СПб.

Районы с наиболее частыми случаями травматизма(чел.)	Средства, выделяемые на мероприятия по охране труда (млн. руб)
Центральный(119)	752,6
Кировский(102)	404,6
Адмиралтейский(101)	603,8
Выборгский(100)	1259,4
Московский(93)	617,4
Всего: 515 (47,1%)	Всего: 3637,8 (58%)

Составлен автором по материалам [16]

В Ленинградской области ситуация немного хуже, но в целом не является критичной. Показатели травматизма на 1000 человек с 2010 по 2014 год уменьшились в 2 раза, что говорит о том в ЛО, также как и СПб идет серьезный контроль над охраной труда (табл. 8.).

Табл. 8. Основные показатели производственного травматизма в ЛО

Показатели	2012	2013	2014
Число пострадавших на производстве с утратой трудоспособности на 1 рабочий день и более и со смертельным исходом			
всего	703	546	419
на 1000 работающих	2,6	2,1	1,6
В том числе со смертельным исходом, человек			
всего	21	14	15
на 1000 работающих	0,079	0,053	0,057

Составлен автором по материалам [16]



**Динамика числа пострадавших и пострадавших со смертельным исходом на производстве в расчете на 1000 работающих**

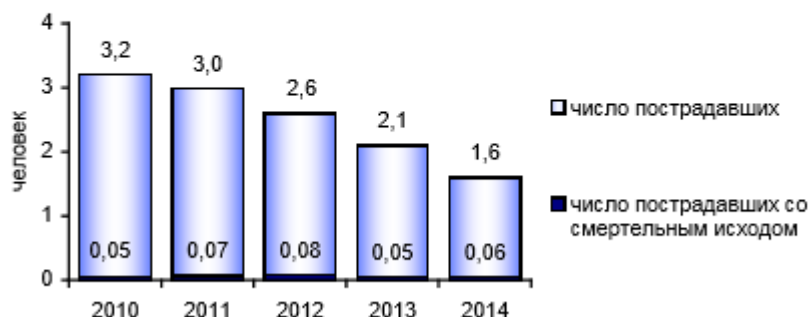


Рис. 14. Динамика числа пострадавших и пострадавших со смертельным исходом на производстве в расчете на 1000 работающих в ЛО [16]

Наблюдается явное уменьшение числа пострадавших (рис.14), в то же время ситуация с пострадавшими со смертельным исходом остается на стабильном уровне. Показатели немного выше, чем в СПб, что обусловлено его столичным положением.

Травматизм в ЛО более всего характерен для следующих видов экономической деятельности:

- Обрабатывающее производство (43%)
- Сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство (17%)
- Транспорт и связь (12%)
- Здравоохранение (11%)

**Распределение пострадавших по видам экономической деятельности, %**



Рис. 16 Распределение пострадавших по видам экономической деятельности в ЛО [16]

Как и в СПб в ЛО на 4 вида экономической деятельности приходится 83% всего травматизма. Меры предпринимаемые в ЛО должны совпадать с мерами в СПб.

Табл. 9. Показатели производственного травматизма по районам ЛО [16]

	Число пострадавших на производстве, человек		в том числе со смертельным исходом, человек	
	всего	на 1000 работающих	всего	на 1000 работающих
<i>Муниципальные районы:</i>				
Бокситогорский	14	1,8	–	–
Волосовский	12	2,9	1	0,239
Волховский	14	0,9	1	0,068
Всеволожский	58	1,8	2	0,063
Выборгский	32	1,2	4	0,151
Гатчинский	44	1,6	–	–
Кингисеппский	45	3,2	–	–
Киришский	17	1,0	–	–
Кировский	44	3,0	1	0,068
Лодейнопольский	–	–	–	–
Ломоносовский	20	1,4	–	–
Лужский	7	0,8	–	–
Подпорожский	7	2,2	2	0,629
Приозерский	12	2,0	–	–
Сланцевский	11	2,8	–	–
Тихвинский	28	1,8	–	–
Тосненский	21	1,3	1	0,063
городской округ Сосновоборский	13	0,6	1	0,049

Как и в СПб в ЛО можно выделить основные районы, в которых происходит наибольшее число происшествий:

- Всеволожский (58)
- Кингисеппский (45)
- Гатчинский (44)
- Кировский (44)

Во Всеволожском, Гатчинском, Кировском районах наибольшее число случаев зарегистрировано в сфере обрабатывающих производств, 38, 17 и 18 случаев соответственно. Кингисеппский район лидирует в отрасли «строительство».

В структуре финансирования мероприятий по охране труда ситуация в ЛО схожа с ситуацией в СПб, но кроме отраслей, которые имеют наибольший вес в структуре травматизма, наиболее финансирование имеет отрасль «распределение э/э, газа и воды», по уровню финансирования эта отрасль занимает второе место (334,6 млн. руб), что связано с наличием АЭС на территории ЛО. В целом на мероприятия по охране труда в ЛО выделяется 2964, 6 млн. руб., что более чем в 2 раза меньше чем в СПб, но при этом средства выделяемые на 1 рабочего более чем в 1,5 раза больше, 11315 рублей в ЛО, к 7623 рублям в СПб (табл. 10).

Табл. 10. Распределение средств на мероприятия по охране труда по наиболее «травматичным» отраслям ЛО

Доля отрасли в структуре травматизма	Средства, выделенные на мероприятия по охране труда (млн. руб)	Средства, выделенные на 1 человека (руб)
Обработывающее производство (43%)	1652,5	17562
Сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство (17%)	137,7	5996
Транспорт и связь (12%)	311,8	10260
Здравоохранение (11%)	121,6	3949
Всего: 83%	Всего: 2223,6 (75%)	В среднем: 12845

Составлен автором по материалам [16]

Стоит обратить внимание на крайне низкий уровень финансирования здравоохранения, что связано с тем, что нет необходимости совершенствовать систему охраны труда ЛО в сфере здравоохранения, но необходимо регулярно выделять средства на поддержание ее в должном состоянии.

Необходимо отметить, что низкая доля средств выделяемых на самые «травматичные» районы (табл. 11), по-видимому, обусловлена, тем, что большое количество средств уходит в Киришский район и в Сосновоборский городской округ, это обусловлено наличием в этих муниципальных

образованиях нефтеперерабатывающего завода и атомной электростанции, на эти районы приходится 290,1 и 299,9 млн. рублей соответственно.

Табл. 11. Финансирование мероприятий по охране труда в различных районах ЛО

Районы с наиболее частыми случаями травматизма(чел.)	Средства выделяемые на мероприятия по охране труда (млн. руб)
Всеволожский (58)	388,4
Кингисеппский (45)	195,9
Гатчинский (44)	183
Кировский (44)	140,5
Всего: 191 (45,6%)	Всего: 907,8 (30,6%)

Составлен автором по материалам [16]

### ***2.3. Региональные факторы возникновения и распространения инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.***

Региональные факторы влияют на закономерности размещения инвалидов по территории. На 2014 год в Санкт Петербурге доля инвалидов в численности населения составляла 13,5%. По этому показателю Санкт-Петербург находится в числе лидеров в России. Рассматривая этот показатель по районам необходимо отметить, что из 18 районов только 7 имеют долю ниже средней по городу – это Петроградский, Адмиралтейский, Приморский, Центральный, Кронштадтский, Пушкинский, Петродворцовый. Показатель выше среднего наблюдается в 11 районах, остановимся на районах – «лидерах», ими являются: Кировский (15,9%), Фрунзенский (15,5%), Красносельский (15,3%), Красногвардейский (15,1%). По абсолютному числу инвалидов лидируют Калининский (75220), Невский (69774), Выборгский (64468), Приморский (60924), это является логичным, по сколько в совокупности численность населения этих районов превышает 2 млн. человек, в среднем по 500 тыс. человек в каждом. Ситуацию с

расселением инвалидов по территории Санкт-Петербурга в целом можно увидеть в Рис. 17 и Рис. 18.



Рис. 17 Доля инвалидов в общей численности населения района на начало 2014 года, в % [12]

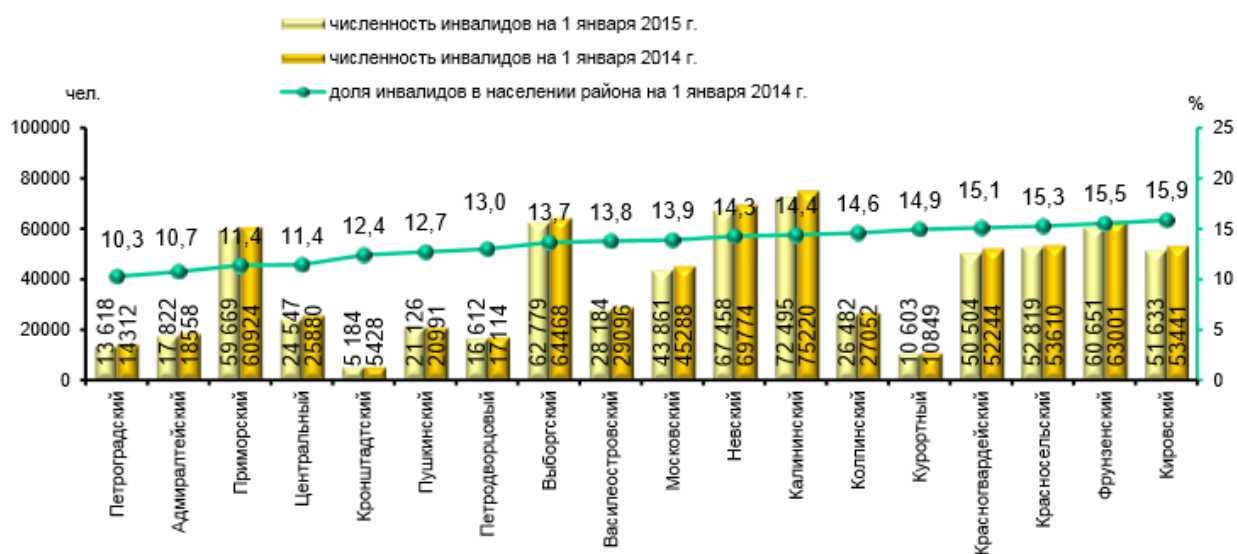


Рис. 18 Сравнение численности инвалидов на 1 января 2014 и 1 января 2015, доля инвалидов в населении района на 1 января 2014 [12]

За 2014 год произошло уменьшение численности инвалидов во всех районах Санкт-Петербурга за исключением Пушкинского, там наблюдалось небольшое увеличение (на 135 человек или 0,6%). При рассмотрении инвалидности в Санкт-Петербурге с точки зрения распределения по группам, установило, что в городе наблюдается уменьшения числа инвалидов II группы, в пользу инвалидов III группы. Как выглядит распределение по группам инвалидности в целом можно увидеть в Рис. 19.

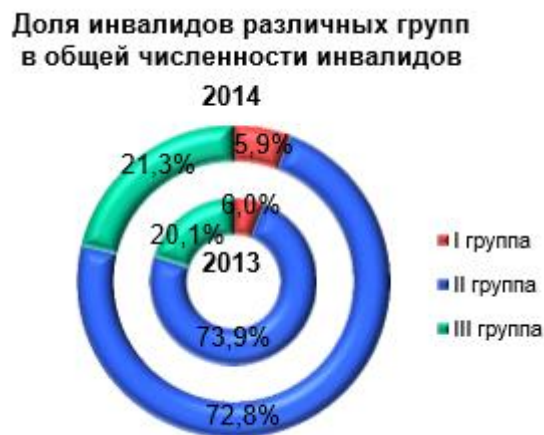


Рис. 19. Доля инвалидов различных групп в общей численности инвалидов Санкт-Петербурга [12]

С точки зрения распределения по районам, по сравнению с 2013 годом, ситуация выглядит следующим образом:

- I группа – уменьшение числа инвалидов этой группы во всех районах, кроме Пушкинского (+ 3,6 %), Красносельского (+ 0,7%), Московского (+0,2%)
- II группа – уменьшения числа инвалидов этой группы во всех районах города, наиболее выраженное снижение наблюдается в Центральном (-6,7%) и Петроградском (-6,1%)
- III группа – происходит явное увеличение числа инвалидов (более 1,5%) во всех районах кроме Центрального(+0,2%), Петроградского (-0,3%), Кронштадтского (-4%)

В структуре инвалидности взрослого населения с большим отрывом преобладают инвалиды пенсионного возраста, в общем числе инвалидов их

доля составляет 84,7%, что подтверждает тезис о том, что при увеличении продолжительности жизни населения, число инвалидов неумолимо растет, потому что вероятность приобретения тяжелого заболевания, которое может в дальнейшем сделать человека инвалидом, в преклонном возрасте в разы выше, чем в трудоспособном возрасте. По районам наблюдается вариация числа инвалидов старше трудоспособного возраста от 4,3 тыс. человек в Кронштадтском районе до 62,2 тыс. человек в Калининском районе. Население трудоспособного возраста колеблется от 0,8 тыс. человек в Кронштадтском районе, до 10,8 тыс. человек в Невском районе. В 2014 году в каждом районе в среднем проживало:

Инвалидов трудоспособного возраста 2,1% от общей численности населения района (рис. 20). Инвалидов пенсионного возраста 11,1% от общей численности населения района (рис.21).



Рис. 20. Доля инвалидов трудоспособного возраста в общей численности населения района, в % [12]



Рис. 21. Доля инвалидов пенсионного возраста в общей численности населения района, в % [12]

В структуре распределения инвалидов по категориям, явно выделяются инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата (19%), отдельно необходимо выделить гипертоническую болезнь, ее доля также очень весома.

Первичная инвалидность показывает нам количество положительных результатов по присвоению инвалидности по различным причинам, людям, впервые обратившимся в бюро медико-социальной экспертизы (рис.22).

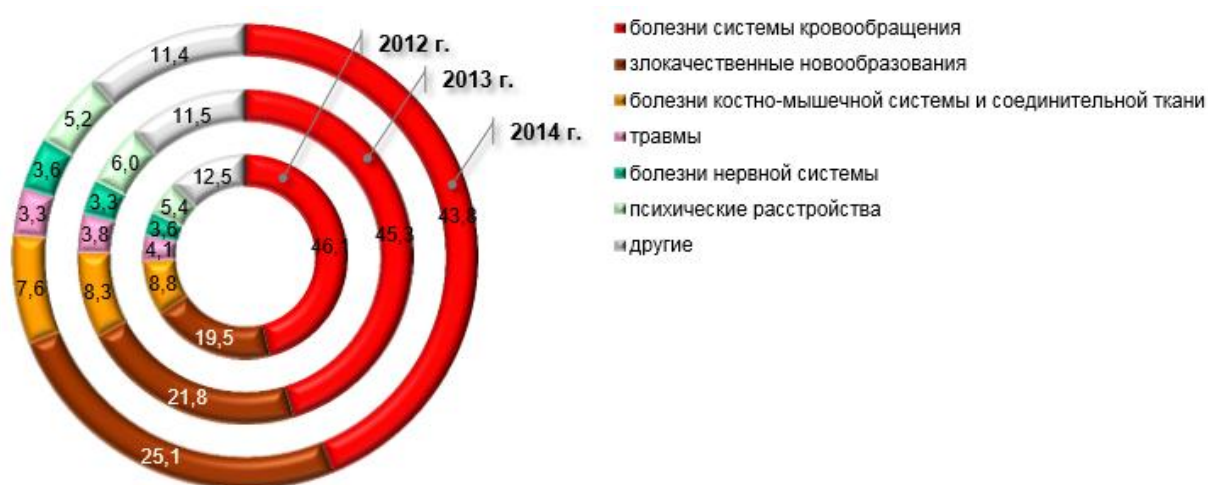


Рис. 22. Причины первичной инвалидности взрослого населения по основным группам болезней [12]



В структуре первичной инвалидности явно выделяются 3 класса причин:

- болезни системы кровообращения (43,8%)
- злокачественные новообразования (25,1%)
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани + травмы(10,9%)

Как можно увидеть из рис. 22, наблюдается сокращение доли всех групп болезней, кроме злокачественных новообразований и психических расстройств. Новообразования вообще имеют наибольший прирост - +5,6%. С точки зрения заболеваемости все эти группы заболеваний не имеют существенной доли в структуре общей заболеваемости (кроме травм, случаи инвалидности по причине травм 3,3% в структуре первичной инвалидности), но в тоже время являются наиболее частыми причинами возникновения инвалидности.

Ленинградская область по структуре первичной инвалидности не отличается от Санкт-Петербурга (рис.23), в ней преобладают болезни системы кровообращения (37%), злокачественные новообразования (24%), болезни костно-мышечной системы и травмы (15%).

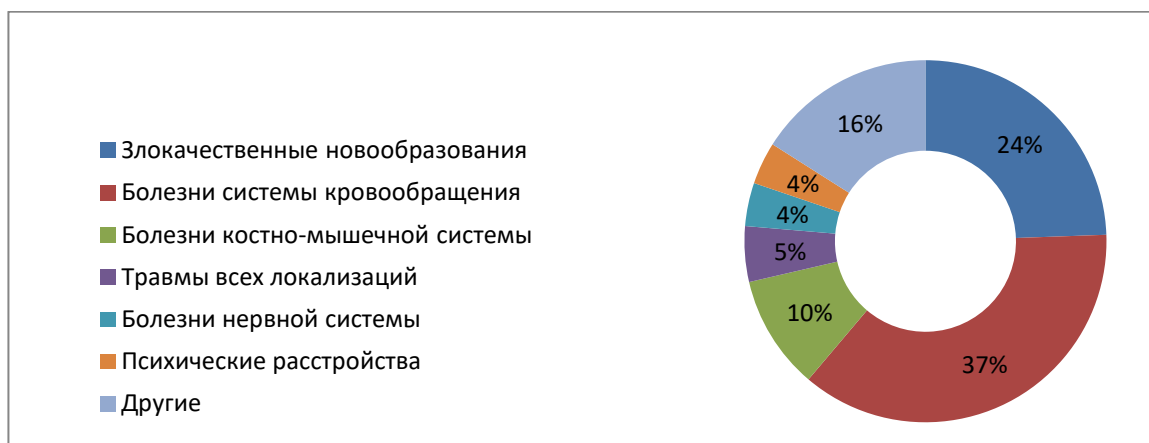


Рис. 23 Структура первичной инвалидности по классам болезней в  
Ленинградской области, в %

Составлен автором по материалам [14]

В возрастной структуре, также как и в Санкт-Петербурге наблюдается преобладание людей пенсионного возраста (54,9%), произошло увеличение доли этой возрастной группы (+1,9%), в то время как в Санкт-Петербурге доля инвалидов в пенсионном возрасте составляет 57,9%. Это говорит о том, что одной из причин подобных показателей может быть нацеленность трудоспособного населения Ленинградской области на получение инвалидности, потому что наблюдается недостаток рабочих мест и меньшие по сравнению с Санкт-Петербургом среднедушевые доходы населения, а при получении инвалидности есть возможность получать денежные пособия и льготы.

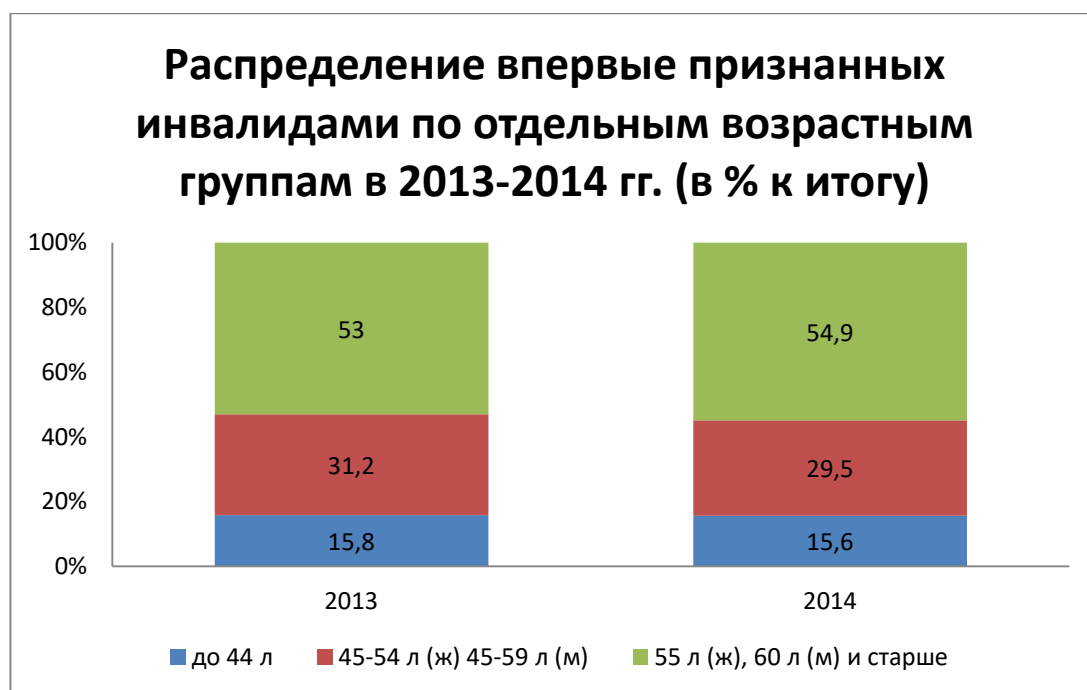


Рис. 24. Распределение впервые признанных инвалидами по отдельным возрастным группам в 2013-2014 гг. (в % к итогу)

Составлен автором по материалам [14]

Для оценки территориального распределения инвалидов по территории Ленинградской области проанализируем 2 показателя: количество инвалидов, впервые признанных инвалидами и число инвалидов впервые признанных инвалидами на 10000 населения.

Наименование муниципального района	Динамика первичной инвалидности			
	В абсолютных числах		ИП на 10 тысяч взрослого	
	2013	2014	2013	2014
ВОЛХОВСКИЙ РАЙОН	602	578	75,1	72,1
ВСЕВОЛОЖСКИЙ РАЙОН	1174	1119	50,3	46,3
ВЫБОРГСКИЙ РАЙОН	886	966	51	55,8
ГАТЧИНСКИЙ РАЙОН	1241	1178	60,4	56,7
ЛОДЕЙНОПОЛЬСКИЙ РАЙОН	191	189	76,5	76,3
ПОДПОРОЖСКИЙ РАЙОН	208	208	79,9	80,9
СЛАНЦЕВСКИЙ РАЙОН	359	318	98,2	87,4
<b>ВСЕГО(по всем районам ЛО)</b>	<b>8 974</b>	<b>8 434</b>	<b>60,7</b>	<b>56,7</b>

Рис. 25. Динамика первичной инвалидности [14]

Синим цветом на Рис. 25 обозначены районы с наибольшим числом инвалидов, зеленым – с наибольшим числом инвалидов на 10000 населения. В целом, по сравнению с 2013 годом наблюдается отчетливая динамика снижения количества лиц, впервые признанных инвалидами.

### Глава 3. Пути снижения уровня инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области с учетом мировых и региональных тенденций

#### 3.1. Оценка опыта решения проблем инвалидов в некоторых странах мира

В данном разделе мы рассмотрим феномен инвалидности в странах мира, а также будет изучен опыт СССР в вопросах работы с инвалидами. В первую очередь, так как Россия считается преемником СССР, мы начнем с него. Положение инвалидов в СССР было крайне осложнено тем, что советская пропаганда не подразделяла граждан на инвалидов и нет, по ее мнению в СССР не было инвалидов, были только здоровые люди, некоторые с небольшими отклонениями. Яркими примерами среди советского народа принято считать летчика Маресьева или писателя Островского, но это те

люди, которых можно считать культовыми. Ведь подняться на самолете в воздух после ампутации обеих ног, является не просто достижением, это подвиг. В целом, остальные инвалиды, обычные обыватели, которым просто хотелось внимания, достатка и прочих общечеловеческих желаний, были полностью дискредитированы. Во-первых, происходило социальное «запирание» инвалидов в специальных учреждениях или собственных квартирах, поскольку среда, в которой они жили не была предназначена для их полноценного существования.

В СССР существовали следующие группы инвалидности[19]:

1. Потеря 100% трудоспособности
2. Потеря примерно половины трудоспособности
3. В целом человек остается трудоспособным (потеря пальцев, частичная потеря зрения)

Также существовали категории инвалидности[19]:

- Инвалиды войны и армии
- Инвалиды труда
- Инвалиды случая

В целом категории инвалидности никаким образом не влияли на размер пособий, влияние имела только группа инвалидности.

США является страной, где исторически инвалиды являются обычными членами общества, поэтому среда для них максимально обустроена, включая специальные поручни, подъемники и иные вспомогательные средства. Известно, что в США в 2013 году пособие по нетрудоспособности получало чуть менее 11 млн. человек, при этом не все из них являются нетрудоспособными. Четких критериев определения инвалидности в США не существует, в связи с чем, присвоение инвалидности является достаточно субъективным процессом. Существует только перечень болезней и травм, на основании которых судья или врач может присудить или не присудить человеку статус инвалида. Быть инвалидом в США выгодно, так как пособие по инвалидности в 2013 году

составляло более 1100 долларов, и человек мог спокойно существовать на эти средства. Кроме пособия по нетрудоспособности в США существует продовольственная помощь, которая позволяет льготным категориям граждан получать определенные виды продовольствия за счет государства. Как видно из рис. 26 число получателей продовольственной помощи выросло в течении 5 лет более чем в 2 раза. В большинстве случаев продовольственной помощью пользуется чернокожее население и мигранты из Латинской Америки.

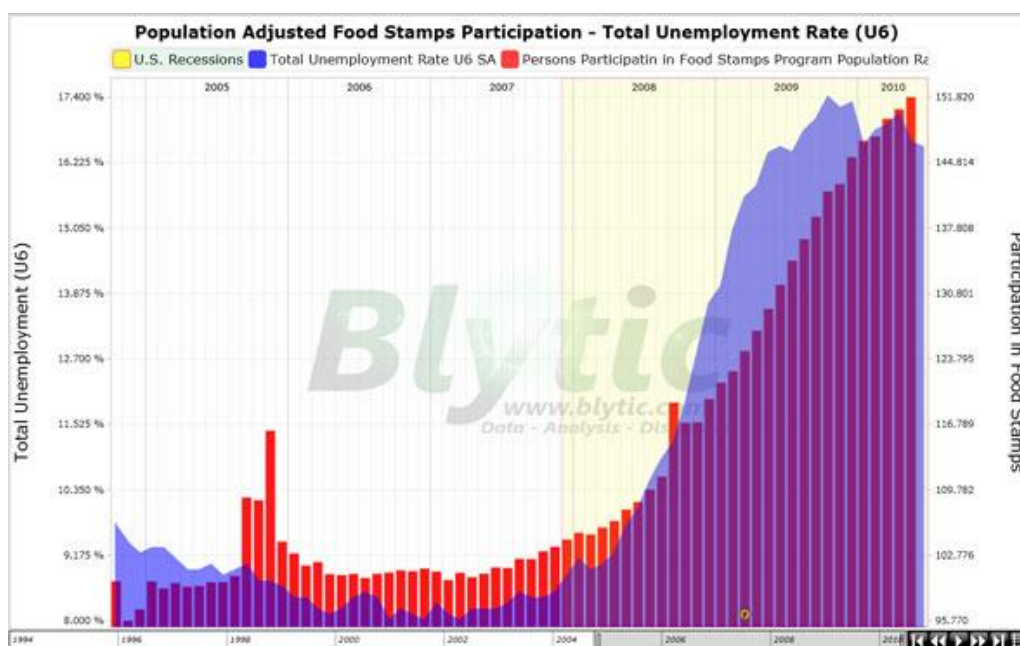


Рис. 26. Рост продовольственной помощи в США до 2010 года [17]

Наиболее развитой системой работы с инвалидами представляется система Франции, поскольку органы, занимающиеся проблемами инвалидов, находятся в каждом департаменте. Кроме того, на территории Франции функционирует более 2 тысяч ассоциаций инвалидов, которые совместно с департаментами решают проблемы инвалидов на данной конкретной территории. С точки зрения трудовой занятости, для обустройства рабочих мест для инвалидов работодателям возмещают до 80% затрат [15]. Также работодатели должны соблюдать квоту по работающим в их организации инвалидам (2 – 6%).

### ***3.2. Программный подход к решению проблем инвалидности***

«Доступная среда» – многоцелевая государственная программа, созданная для поддержки граждан, с физическими или психическими отклонениями. Эта программа является основой государственной поддержки инвалидов, так как целью программы является – создание правовых, экономических и институциональных условий, способствующих интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни [13]. После подписания «Конвенции о правах инвалидов» в 2006 году, распоряжением правительства от 17.11.08 была утверждена программа «Доступная среда». В настоящее время программа включает в себя 4 временных этапа [13]:

1. **2011 - 2012 год** – формирование нормативной базы для исполнения возложенных задач и инвестирование средств для развития проекта;
2. **2013 - 2015 год** – основной задача - создание реабилитационных центров и их оснащение, а также комплектация специальным оборудованием медицинских и образовательных учреждений;
3. **2016 - 2018 год** – выполняется в настоящее время. Выполнение основных задач по программе, контроль над их исполнением по регионам и улучшение взаимодействия с властями субъектов Федерации;
4. **2019-2020 год** - подведение итогов проделанной работы и завершающий опрос среди населения для получения статистических данных о проблеме инвалидности.

Для выполнения программы предполагается выполнить ряд задач [21], при этом, с точки зрения географической науки нас интересуют следующие:

- обеспечение равного доступа инвалидов к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;

- обеспечение равного доступа инвалидов к реабилитационным и абилитационным услугам, включая обеспечение равного доступа к профессиональному развитию и трудоустройству инвалидов.

По итогам реализации программы ожидаются следующие результаты, выделим только общественно-географические [21]:

- увеличение доли доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения приоритетных объектов социальной, транспортной, инженерной инфраструктуры в общем количестве приоритетных объектов (с 14,4% в 2011 году до 68,20% к 2020 году)
- увеличение доли субъектов Российской Федерации, сформировавших систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, соответствующей типовой программе субъекта Российской Федерации в общем количестве субъектов Российской Федерации (с 12,00% в 2017 году до 44,70% к 2020 году)
- увеличение доли занятых инвалидов трудоспособного возраста в общей численности инвалидов трудоспособного возраста в Российской Федерации (с 28,20% в 2014 году до 40,00% к 2020 году)

Первый из ориентиров можно назвать инфраструктурным, так как он создает среду, позволяющую инвалидам беспрепятственно функционировать в обществе. Как мы можем увидеть, в 2011 году лишь 14,4% объектов располагали вспомогательными, для инвалидов средствами. С этого года, в Санкт-Петербурге сотрудников объектов социальной инфраструктуры обяжут проходить обучение по программе «Доступная среда». Таким образом, мы сможем достигнуть положительных сдвигов в реализации беспрепятственной жизнедеятельности инвалидов. Следующим ориентиром является формирование мер по реабилитации и абилитации инвалидов, соответствующей типовой программе субъекта РФ, данный ориентир является организационным. Необходимо учесть в типовой программе

субъекта географическую специфику региона. Кроме того, по видимому, необходимо привязывать подобные проекты к муниципальным образованиям, так как вида муниципального образования, рельеф и другие факторы могут повлиять на возможности реабилитации и абилитации инвалида. Это касается и инфраструктурного ориентира. Третий ориентир направлен на разрешение вопроса занятости инвалидов и направлен на изменение рынка труда. Увеличение рабочих мест для инвалидов, бесспорно, может разрушить социальный «барьер» между обычными людьми и людьми с некоторыми ограничениями, но ни в коем случае нельзя директивно заставлять работодателей принимать к себе на работу инвалидов. Необходимо разработать систему поощрения для работодателей за трудоустройство инвалида в организации, тогда это может послужить толчком к разрешению проблемы трудоустройства инвалидов в трудоспособном возрасте.

### ***3.3 Обоснование предложений по снижению уровня инвалидности в исследуемых регионах***

В статистических источниках в большинстве случаев Санкт-Петербург и Ленинградская область рассматриваются совместно (табл. 12), но при дифференциации показателей можно увидеть, что в Санкт-Петербурге проживает в несколько раз больше инвалидов по отношению к численности населения субъекта, чем в Ленинградской области.

Соответственно, меры направленные на снижение уровня инвалидности в большей степени будут затрагивать Санкт-Петербург. В целом меры направленные на снижение показателей инвалидности должны быть дифференцированы, так как Санкт-Петербург и Ленинградская область отличаются по среде. Нами предлагаются две группы мероприятий; первая направлена непосредственно на снижение показателей инвалидности, вторая – на создание безбарьерной среды для инвалидов, путем изменения системы управления данными процессами.



Табл. 12. Общая численность инвалидов, тысяч человек [10]

Территория	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2013 г. к 2000 г. (%)
Российская Федерация	10648	11538	13134	13209	13189	13082	123
Центральный федеральный округ	3360	3656	3943	3949	3927	3884	116
Южный федеральный округ (с 2010 г.)	987	1046	1124	1132	1132	1133	115
Северо-Кавказский федеральный округ	450	578	825	878	927	941	209
Приволжский федеральный округ	2353	2364	2735	2735	2719	2691	114
Уральский федеральный округ	690	723	836	854	857	857	124
Сибирский федеральный округ	1155	1397	1624	1629	1622	1607	139
Дальневосточный федеральный округ	303	386	440	442	439	434	143
Северо-Западный федеральный округ	1352	1390	1610	1593	1569	1535	135
Республика Карелия	70	77	80	79	79	78	114
Республика Коми	62	64	74	77	77	77	124
Архангельская область	92	101	109	107	106	105	114
Вологодская область	104	136	133	133	131	129	124
Мурманская область	40	36	38	37	36	35	88
Новгородская область	68	79	82	80	78	76	112
Псковская область	77	74	66	63	62	60	78
Калининградская область	57	69	86	86	86	85	149
г. Санкт-Петербург (вместе с областью)	780	752	939	928	911	890	114
* С 2000 г. – в возрасте 18 лет и старше. Источник: Единая межведомственная информационно-статистическая система [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <a href="http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=33818&amp;referrerType=0&amp;referreId=1292879">http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=33818&amp;referrerType=0&amp;referreId=1292879</a> .							

Рассмотрим меры по снижению показателей инвалидности:

- Для снижения уровня травматизма на производстве необходимо ужесточить систему мер по охране труда, а также систему контроля над данными мероприятиями.
- Вероятно, необходимо менять технологические процессы во всех сферах занятости населения.
- Снижение уровня инвалидности возможно искусственным путем, благодаря ужесточению критериев медико-социальной экспертизы. Это крайние меры, которые могут быть использованы только в случае острой необходимости, например при нехватке средств в федеральном бюджете.

- Возможно, необходимо создать организационно-управленческие кластеры, которые бы решали проблемы социально-экономического развития с точки зрения правовых мер и механизмов влияния на ситуацию в целом. Одно из подразделений должно заниматься вопросами инвалидов (улучшение качества жизни, повышение платежеспособности, разработка программ по улучшению инфраструктуры для беспрепятственной жизнедеятельности инвалида в зависимости от специфики кластера или иной территориальной структуры). При невозможности создания таковых необходимо передать право на разработку программ для инвалидов на уровень муниципальных образований.

- Улучшение системы профилактики заболеваний, для более рентабельного использования средств. Эти меры можно предпринимать на основе исследований заболеваемости и инвалидности на определенной территории, и затем финансировать те проблемные участки, которые будут выявлены с помощью исследований.

Следующий перечень предлагает меры для создания безбарьерной среды для инвалидов:

- Продление программы «Доступная среда», но с изменением целевых индикаторов и программ реализации, с учетом полученного опыта в ходе реализации этапов в рамках нынешней программы.

- При размещении объектов социальной инфраструктуры, а также объектов здравоохранения необходимо учитывать систему расселения инвалидов, так как в дальнейшем это может помочь избежать расходов на иные вспомогательные программы для снижения ограничений для людей – инвалидов.

- В настоящее время реализуется проект «карта доступности», в рамках данного проекта на карте РФ отмечаются объекты, оснащенные всей инфраструктурой для приема инвалидов.

Первоочередным в рамках данного проекта представляется упрощение механизма включения объекта в эту программу, так как на данном временном этапе отметить объект на карте является очень сложным бюрократическим мероприятием. В рамках Санкт-Петербурга и Ленинградской области это представляется особо актуальным, так как в данный момент на «карте доступности» в Санкт-Петербурге отмечен всего 521 объект, в то время как в Сочи, Челябинске и Омске более 1000 [20]

Предлагаемые меры могут оказать влияние на снижение уровня инвалидности как в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, так и в других субъектах Российской Федерации.

## Заключение

Проведенный анализ правовой основы системы работы с инвалидами в регионах России и некоторых странах мира позволил выявить ряд факторов, способствующих возникновению и распространению инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Были определены основные закономерности расселения инвалидов на территории этих субъектов. С точки зрения отраслевых факторов установлены основные виды экономической деятельности, в которых случаи травматизма, приводящие к инвалидизации, являются наиболее частым явлением. С позиций общественно-географической науки был проанализирован мировой опыт работы с инвалидами и изучена федеральная целевая программа «Доступная среда». Проведенное исследование позволило предложить пути снижения уровня инвалидности и пути создания безбарьерной среды на основе системных изменений. При этом, по нашему мнению, в основе системы работы с инвалидами должно быть не создание непосредственно безбарьерной среды, а разработка и внедрение мер по профилактике и устранению рисков получения инвалидности с учетом территориальной специфики.

Таким образом, по итогам проделанной работы можно сделать следующие выводы:

- В условиях роста напряженности жизни населения возрастает значимость решения проблем инвалидности, в том числе с позиции межотраслевого подхода к проведению исследований. Роль общественно-географической науки в данной проблематике сводится к анализу, синтезу и прогнозу данных о причинах возникновения инвалидности в конкретной среде обитания населения, а также к выработке предложений по их устранению с учетом мирового опыта.
- В ходе исследования нами установлено, что к числу основных факторов возникновения инвалидности относятся: половозрастная структура

населения (социума), травматизм, состояние окружающей среды, уровень оснащённости учреждений здравоохранения. Факторы инвалидности имеют отраслевую и региональную обусловленность. В отраслях производства инвалидность возникает в результате травм, полученных на предприятиях обрабатывающей промышленности, транспорта и связи, а также в сфере здравоохранения. Такая структура возникновения инвалидности присуща и Санкт-Петербургу и Ленинградской области.

- Пути снижения уровня инвалидности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области сводятся к следующему: ужесточение системы мер по охране труда, совершенствование технологических процессов во всех сферах занятости населения, созданию организационно-управленческих кластеров, предоставление полномочий по разработке программ защиты населения от возможных рисков для здоровья населения на муниципальный уровень управления.

### Список литературы

1. Конвенция о правах инвалидов, резолюция 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года.
2. Куролап С.А. Региональная геоэкологическая оценка качества жизни населения России. Вестник ВГУ. Серия: география. Геоэкология. 2005, № 2. С. 5 – 12.
3. Лунев В.П. Общий накопленный контингент инвалидов трудоспособного возраста населения Российской Федерации и его социально–гигиеническая характеристика // Здравоохран. Рос.Федерации. 2007. № 3. С. 31–33.
4. Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом».
5. Реут М.Н. Комплексный подход к определению инвалидности // Власть. 2008. №7. С. 94 – 96.
6. Семенова З.А., Чистобаев А.И. Медицинская география и здоровье населения: эволюция знания. СПб.: Европейский дом, 2015, 252 с.
7. Федеральный закон от 15.12.2001 N 166-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017).
8. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 07.03.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
9. Федеральный закон от 28.12.2013 N 426-ФЗ (ред. от 01.05.2016) «О специальной оценке условий труда».
10. Шабунова А.А с кол. авт. Проблемы социальной консолидации: инвалиды в региональном сообществе. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2014. 134 с.
11. Щепин О.П., Филатов В.Б., Погорелов Я.Д., Нечаев В.С. Региональное здравоохранение России: пути формирования и развития.

Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины.- 1999.-№1.-С.3-12.

12. <http://files.iac.spb.ru> - Экспресс-анализ «Инвалиды как группа населения Санкт-Петербурга: 2014 год»

13. <http://lgoty-expert.ru> - Программа «Доступная среда»

14. <http://lomse.ru> – Показатели первичной инвалидности среди взрослого населения Ленинградской области за 2013 – 2015 гг.

15. <http://neinvalid.ru> - территориальная структура работы с инвалидами во Франции

16. <http://petrostat.gks.ru> - Статистический бюллетень «Производственный травматизм в Санкт-Петербурге и Ленинградской области»

17. <http://voprosik.net> – положение нетрудоспособных граждан в США

18. <http://www.old.assembly.spb.ru> - Заключение на проект закона «Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов и других маломобильных групп населения к информации, объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур в Санкт-Петербурге»

19. <https://auram.ru> – положение инвалидов в СССР

20. [kartadostupnosti.ru](http://kartadostupnosti.ru) – количество социальных объектов в Санкт-Петербурге, Омске, Сочи, Челябинске

21. [programs.gov.ru](http://programs.gov.ru) - Программа «Доступная среда»

22. [www.gks.ru](http://www.gks.ru) – официальная статистика

23. [www.invalidnost.com](http://www.invalidnost.com) – Выступление д.м.н. Гришиной Л.П. с докладом «Анализ показателей инвалидности взрослого и детского населения в Российской Федерации и ее субъектах в 2012-2014 гг.» на совещании в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России 2 апреля 2015 г.

## Приложение 1

Причины инвалидности [8]:

- общее заболевание;
- трудовое увечье;
- профессиональное заболевание;
- инвалидность с детства;
- инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов;
- военная травма;
- заболевание получено в период военной службы;
- заболевание радиационно обусловленное, получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк»;
- заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении «Маяк»;
- заболевание связано с последствиями радиационных воздействий;
- заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска;



- заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий;
- иные причины, установленные законодательством Российской Федерации.

## Приложение 2

Классы условий труда по степени вредности и опасности [9]:

1. Оптимальными условиями труда (1 класс) являются условия труда, при которых воздействие на работника вредных и (или) опасных производственных факторов отсутствует или уровни воздействия которых не превышают уровни, установленные нормативами (гигиеническими нормативами) условий труда и принятые в качестве безопасных для человека, и создаются предпосылки для поддержания высокого уровня работоспособности работника.

2. Допустимыми условиями труда (2 класс) являются условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, уровни воздействия которых не превышают уровни, установленные нормативами (гигиеническими нормативами) условий труда, а измененное функциональное состояние организма работника восстанавливается во время регламентированного отдыха или к началу следующего рабочего дня (смены).

3. Вредными условиями труда (3 класс) являются условия труда, при которых уровни воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов превышают уровни, установленные нормативами (гигиеническими нормативами) условий труда, в том числе:

а. подкласс 3.1 (вредные условия труда 1 степени) - условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, после воздействия которых измененное функциональное состояние организма работника восстанавливается, как правило, при более длительном, чем до начала следующего рабочего дня (смены), прекращении воздействия данных факторов, и увеличивается риск повреждения здоровья;

б. подкласс 3.2 (вредные условия труда 2 степени) - условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, уровни воздействия которых способны

вызвать стойкие функциональные изменения в организме работника, приводящие к появлению и развитию начальных форм профессиональных заболеваний или профессиональных заболеваний легкой степени тяжести (без потери профессиональной трудоспособности), возникающих после продолжительной экспозиции (пятнадцать и более лет);

с. подкласс 3.3 (вредные условия труда 3 степени) - условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, уровни воздействия которых способны вызвать стойкие функциональные изменения в организме работника, приводящие к появлению и развитию профессиональных заболеваний легкой и средней степени тяжести (с потерей профессиональной трудоспособности) в период трудовой деятельности;

d. подкласс 3.4 (вредные условия труда 4 степени) - условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, уровни воздействия которых способны привести к появлению и развитию тяжелых форм профессиональных заболеваний (с потерей общей трудоспособности) в период трудовой деятельности.

4. Опасными условиями труда (4 класс) являются условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, уровни воздействия которых в течение всего рабочего дня (смены) или его части способны создать угрозу жизни работника, а последствия воздействия данных факторов обуславливают высокий риск развития острого профессионального заболевания в период трудовой деятельности.